

## PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO ACTUALIZADOS DE LA FIEBRE REUMÁTICA

Dr. Washington Mera C. \*

En el Vol. IV— Nos. 3—4 de la Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Quito, publico un artículo sobre tratamiento de la fiebre reumática. Lamentablemente el largo tiempo transcurrido entre su elaboración y divulgación, determino que algunos puntos pierdan vigencia o sufran innovaciones. Esto me obliga a una actualizada revisión del tema, acorde a los conceptos y conocimientos que se tienen en la actualidad sobre este problema, que en nuestro País tiene y tendrá importancia. En todo caso, ambos trabajos deben complementarse.

Del esfuerzo conjunto de médicos, farmacólogos y bioquímicos, ha resultado un esquema de prevención y tratamiento que no puede ser el definitivo, pero que es bueno, carece de serios inconvenientes y es el usado en la actualidad con la aprobación de los Organismos Internacionales de Salud. Es el siguiente:

**PREVENCIÓN:** La mejor se la efectúa eliminando aquellos factores predisponentes de la enfermedad reumática, como son los que contribuyen a la diseminación de la infección estreptocócica. En países de elevado nivel socio—económico—cultural,

la declinación de la enfermedad comenzo a observarse con antelación al uso generalizado de antibióticos, mejorando las condiciones de nutrición y vivienda y no fomentando las aglomeraciones.

No todos los pacientes con fiebre reumática presentan antecedente claro de infección estreptocócica, lo que fundamentalmente obedece a las variadas formas de presentación. Así el estreptococo puede no dar sintomatología faríngea, otras ocasiones simula una infección viral y por último da manifestaciones claras de amigdalitis aguda. Esto determina que el enfoque inicial de la infección estreptocócica no sea siempre fácil y la prevención no siempre realizada. Un cultivo faríngeo masivo, especialmente de poblaciones escolares o conglomerados, en busca del estreptococo beta hemolítico del grupo A, permite descubrir a los positivos e instaurar el tratamiento adecuado, con lo que se evita la presentación de fiebre reumática.

Lo penoso es observar casos que con claras manifestaciones de estreptococia, no se prevenga la fiebre reumática, lo que es debido al desorden y anarquía que existe en los tratamientos. En estos casos, el médico al fracasar en el manejo terapéutico de la infección estreptocócica, contribuye para que siga presentándose la fiebre reumática, o sea, que cada enfermo representa un fracaso en la prevención primaria de la enfermedad.

Si utilizamos para la erradicación penicilina procaína 800.000 U. IM diarias por tres días y al cuarto día una inyección de penicilina benzatínica de 600.000 U. si el niño es menor de seis años o de 1.200.000 si es mayor de esa edad, contribuiremos a disminuir rápidamente la frecuencia de la fiebre reumática. Recuérdese que puede prevenirse la enfermedad aplicando esta terapéutica hasta el noveno día de la iniciación de la infección estreptocócica.

**MANEJO TERAPEUTICO:** En el enfermo que ya presenta manifestaciones agudas de fiebre reumática, el tratamiento observa los siguientes puntos:

\* Cardiólogo del Seguro Social  
Profesor de la Facultad de Medicina.



a) **CURA DE ERRADICACION ESTREPTOCOCICA:** Se lo hace fundamentalmente con penicilina. Su aplicación se justifica porque es posible que el germen responsable aun se encuentra en las vías respiratorias, a pesar de que no hay evidencia que este antibiotico o cualquier otro ejerzan un efecto benefico sobre las manifestaciones agudas de la enfermedad o que disminuyan la frecuencia de afectación cardiaca.

Puede utilizarse penicilina procaina 800.000 U IM diarias por diez días, pero el número de inyecciones y el costo lo vuelven inconveniente, por lo que sugiere el empleo de penicilina procaina 800.000 U diarias por tres días, seguidas de una inyección de penicilina benzatínica de 600.000 U. si el paciente es menor de 6 años o de 1.2 millones si es mayor de esa edad.

La profilaxis secundaria, para prevenir nuevas estreptococias y por lo tanto nuevos brotes de fiebre reumática, se la inicia inmediatamente de concluida la erradicación. Se la efectúa con una inyección mensual de penicilina benzatínica de 600.000 U. si se trata de un enfermo menor de seis años y de 1.2 millones si es mayor de esa edad.

Si el paciente es verdaderamente alérgico a la penicilina, se utiliza para la erradicación eritromicina a la dosis de 30 - 50 mg. x Kg peso - día, por 10 días, repartidas en cuatro tomas, y para la profilaxis secundaria, una sulfa de acción retardada, en dosis de 500 mg diariamente si el peso es menor de 30 kg. y de 1 gm. si es mayor, en una sola toma.

El tiempo de profilaxis secundaria guarda relación con el cuadro clínico. Así en casos de poliartritis pura y de corea sin carditis, se le mantendrá por lo menos hasta la adolescencia, pero tratándose de carditis, cualquiera sea su severidad, deberá continuarse tanto tiempo como sea posible después de la adolescencia.

b) **TRATAMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES REUMATICAS:** 1.- Poliartritis pura, carditis leve o ambas: la medicación de elección

es el ácido acetil salicílico a razón de 75-100 mg por Kg de peso por 24 horas, que deberá prolongarse en caso de poliartritis durante 3-4 semanas y en caso de carditis 8-12 semanas, dado que esos períodos equivalen al curso natural de la enfermedad.

2.- Carditis moderada. Prednisona 2.5 mg./kg/ día, divididos en 4 dosis, durante 10 días. A partir del 7º se agrega ácido acetil salicílico, 100 mg/kg/ día, de modo que los días 7, 8, 9 y 10 el paciente recibe ambos medicamentos. El día 11 se suspende totalmente la prednisona y se continúa con el salicilato durante tres meses. Con este esquema no se ocasiona problema de supresión, ya que se consiguen niveles adecuados de esteroides al momento de discontinuarlos.

Pueden utilizarse antiácidos entre las dosis de estos medicamentos, pero no se utilizarán productos con cubierta entérica por lo incierto de su absorción.

3.- Carditis grave ( la que ocasiona insuficiencia cardíaca) : prednisona a la misma dosis por 21 días. A partir del día 22 se disminuye la dosis 2.5 mg. cada 72 horas hasta discontinuarla. En esta forma el enfermo recibe la droga más allá de la quinta semana, por lo que no es necesario añadir ácido acetil salicílico.

Al paciente con insuficiencia cardíaca deberá digitalizarse, utilizando de preferencia digoxina, a razón de 50 microgramos por kilo de peso por día. Se administra el 50 por ciento de la dosis total de inmediato, el 25 por ciento 8 horas después y el último 25 por ciento 8 horas más tarde. Antes de administrar la dosis segunda y tercera, se investigará signos o síntomas de intoxicación digitalica y de ser posible, se tomará un ECG antes de la tercera dosis. 24 horas después se dará como dosis de mantenimiento el 25 por ciento de la dosis total en una sola toma diaria. El digital deberá mantenerse de 6 meses a 1 año.

Se puede decir que el caso está controlado si luego de la primera semana de tratamiento, la PCR se negativiza, la velocidad de sedimenta-



ción disminuye, los soplos y la cardiomegalia disminuyen o se estabilizan y la frecuencia cardíaca durante el sueño es menor de 100.

4.— Corea de Sydenham: Si coexiste con carditis, se hará el tratamiento de la carditis de acuerdo a su intensidad y se añadirá fenobarbital 5 mg/ kg/ día, para atenuar las alteraciones emocionales.

Recientemente se ha utilizado diazepam concomitantemente con el fenobarbital, a razón de 0.5 mg / kg peso/ día, sin exceder de 15 mg. Parece que en esta forma la mejoría viene más tempranamente

En la corea pura no hay razón de usar esteroides.

c) REPOSO: Su duración guarda relación al tipo de manifestaciones clínicas y a su severidad:

1.— Poliartritis pura. los 3—4 primeros días o mientras duren las manifestaciones agudas. Sin embargo, es prudente prolongarlo por dos semanas más por la posibilidad de aparición de carditis en ese lapso.

2.— Carditis mínima: reposo en cama por 2 a 3 semanas, tiempo que nos asegura que no han aumentado las lesiones cardíacas. Las actividades habituales pueden reanudarse progresivamente una o dos semanas más tarde de haber discontinuado los salicilatos.

3.— Carditis definida: reposo en cama por 4 a 8 semanas. Si para entonces el paciente está bajo control clínico, se le permitirá actividad gradual en el curso de las siguientes 4 a 6 semanas.

4.— Carditis grave: el reposo en cama completo y estricto se mantiene hasta que la insuficiencia cardíaca y el tamaño del corazón hayan disminuido o se estabilicen. La convalecencia puede durar varios meses.

d) INDICACIONES PARA LA CASA Y ESCUELA RESPECTO A LA ACTIVIDAD: Pacien-

tes con carditis discutible o sin ella, no deben tener restricción alguna. A los que presentan cardiopatía reumática residual pero con tamaño normal del corazón, se les permitirá una actividad física normal, solamente excluyendo actividades y deportes agobiantes. Quienes presenten cardiomegalia, las actividades deberán guiarse de acuerdo a los síntomas. En todo caso, deberá procurarse que los pacientes tengan una vida tan normal como les sea posible.

Deberán tomarse medidas profilácticas adecuadas para evitar la endocarditis bacteriana subaguda, siempre que se programen procedimientos quirúrgicos o dentales en el paciente reumático. Este régimen consiste en administrar penicilina procaína 600.000 U y 600.000 U. de penicilina sódica I.M, una o dos horas antes de la intervención y penicilina procaína 600.000 U. IM. diarios los siguientes dos días a la intervención

El hecho de que un paciente tenga fiebre reumática, no justifica por si sola la extirpación de las amígdalas. Esta operación en el reumático tiene las mismas indicaciones que en el no reumático.

Antes de dar el alta a un paciente, deberán hacerse cultivos faríngeos todos los miembros de su familia, buscando eliminar en los positivos, el estreptococo beta hemolítico. De este modo eliminaremos del ambiente del paciente el germen que originó el problema.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.— Alarcón Segovia, D.: Introducción a la Reumatología. Ed. Sociedad de Reumatología. México, 1977.
- 2.— Bellet, S.: Clinical disorders of the heart beat. Lea and Febiger. Filadelfia, 1971.
- 3.— Carson, P.: Diagnóstico en cardiología. Ediciones Toray. Barcelona, 1971.
- 4.— Conn, H.: Terapéutica. Salvat Editores. Barcelona, 1974.

- 5.— Correa Suárez, R.: Tratamiento de la fiebre reumática. Rev. Fac. Med. México, 3:515, 1961.
- 6.— Chávez Rivera, I.: Cardioneumología fisiopatológica y clínica. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, México, 1973.
- 7.— Espino Vela, J.: Introducción a la cardiología. 3ed. Impresiones Modernas. México, 1969.
- 8.— Feinstein, A.R.: The prognosis of acute rheumatic fever. A. M. Herat J. 68: 817, 1964.
- 9.— Fox, S. M.; Naughton, J.P. y Gorman, P. A.: Estado cardiovascular y actividad física. Conceptos modernos sobre enfermedades cardiovasculares. 41: 27, 1972.
10. Friedberg, Ch. K.: Enfermedades del corazón. 3ed. Interamericana. México, 1969.
11. Gordis, L.; Lillienfeld, A. and Rodríguez, R. S.: A community wide study of acute rheumatic fever in adults: epidemiologia and preventive factors. J.A.M.A. 210:862—865, 1969.
12. Guasch, J.: La fiebre reumática y su prevención en Chile. Rev. Fed. 11, 1968.
13. Hinshaw, H.: Enfermedades del tórax. 3ed. Interamericana. México, 1970.
14. Jones, T. D. in American Heart Association: Criteria (revised) for guidance in the diagnosis of rheumatic fever. Circulation; 32: 664, 1965.
15. Jones, T. D.: Some practical considerations of the rheumatic problem. Arch. Inst. Cardiol. México, 16: 10, 1946.
16. Jordan, S. C. y Scott, O.: Cardiopatías en la infancia. Salvat Editores. Barcelona, 1975.
17. Markowitz, M. and Gordis, L.: Rheumatic fever. Vol. 2 Major problems in clinical pediatrics. 2ed. Saunders. Philadelphia, 1972.
18. Markowitz, M. and Gordis, L.: Rheumatic fever, diagnosis management and prevention. Saunders. Philadelphia, 1972.
19. Mendoza, F.: Profilaxis de la fiebre reumática. Rev. Fac. Med. México 6: 459. México, 1964.
20. Mera, W. G.: Algunas consideraciones sobre la fiebre reumática en nuestro medio. Rev. Fac. Med. U.C., II, 1: 51. Quito, 1975.
21. Mera, W. G.: Consejos de como vivir con el corazón enfermo. Rev. Médica, I: 3. Ediciones del IESS. Quito, 1975.
22. Mera, G. W.: Tratamiento de la fiebre reumática. Rev. Fac. Med. U.C. IV: 3—4, 63. Quito, 1978.
23. Mispireta, A. y col.: Fiebre reumática activa. Resúmenes del VI Congreso Sudamericano de Cardiología. Quito, 1973.
24. Nadas, A.S.: Pediatric cardiology. 2ed. W.B. Saunders Co. Filadelfia, 1963.
25. Paulk, A. y Hurst, W.: Insuficiencia cardíaca rebelde y su tratamiento. Interamericana, Clínicas Médicas de Norteamérica, 54: 309. México, 1970.
26. Rodríguez, R. S.: Algunos problemas en el diagnóstico de la fiebre reumática. Bol. Med. Hosp. Inf., 26: 419—430. México, 1969.
27. Rodríguez, R. S.; Espino Vela, J., Amezcua, F.; Domínguez, J.; Cota, M.T.; Adams, A.: Estudios sobre la prevención primaria de la fiebre reumática. Bol. Med. Hosp. Inf. 32: 991—1002, México, 1975.
28. Rushmer, R.: Fisiopatología cardiovascular. Interamericana. México, 1972.

29. Schattemberg, T.: Nutrición y enfermedades cardiovasculares. Clínicas Médicas de Norteamérica, Interamericana. México, 1968.
30. Stock, J.P.: Diagnóstico y tratamiento de las arritmias cardíacas. 2ed. Ed. Jims. Barcelona, 1972.
31. Tamura, H.: Fiebre reumática. Trabajo presentado al XIII Congreso Mundial de Reumatología. Kyoto, 1973.
32. Vaughan, J.: Fiebre reumática. Trabajo presentado al XIII Congreso Mundial de Reumatología. Kyoto, 1973.
33. Villamar, F.: Enfermedades infecciosas más frecuentes en nuestro país. 1ed. Oficina de Publicaciones de la Junta Nacional de Planificación. Quito, 1974.